

ANNÉE 1937

THÈSE

N°

357

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PRÉSENTÉE PAR

René JAMBON

De la Faculté de Médecine de Paris

Ancien Externe lauréat des Hôpitaux;

Ancien Interne Provisoire des Hôpitaux de Rennes.

Ancien Interne de la Maternité de Rennes.

né le 19 Août 1911 à la Ville-ès-Nonais (Ille-et-Vilaine)

DYSTROPHIES DENTAIRES
et

HÉRÉDO-SYPHILIS

PRÉSIDENT : M. CLAUDE, *Professeur.*

IMPRIMERIE PROVINCIALE DE L'OUEST

14, Rue du Pré-Botté
RENNES

—
1937

ANNÉE 1937

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PRÉSENTÉE PAR

René JAMBON

De la Faculté de Médecine de Paris

Ancien Externe lauréat des Hôpitaux;

Ancien Interne Provisoire des Hôpitaux de Rennes.

Ancien Interne de la Maternité de Rennes.

né le 19 Août 1911 à la Ville-ès-Nonais (Ille-et-Vilaine)

DYSTROPHIES DENTAIRES

et

HÉRÉDO - SYPHILIS

PRÉSIDENT : M. CLAUDE, *Professeur.*

IMPRIMERIE PROVINCIALE DE L'OUEST

14, Rue du Pré-Botté
RENNES

1937

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIÈRE.
Physiologie	LÉON BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	POLONOVSKI.
Bactériologie	ROBERT DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.....	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générale.....	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	ABRAMI.
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale.....	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive.....	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée.....	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.....	MAURICE VILLARET.
Clinique médicale	LOEPER.
	CARNOT.
	CLERC.
	MARCEL LABBÉ.
	LEREBoullet.
	NOBÉCOURT.
Hygiène et clinique de la première enfance....	H. CLAUDE.
Clinique des maladies des enfants.....	GOUGEROT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	GULLAIN.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	LEMIERRE.
Clinique des maladies du système nerveux.....	CUNÉO.
Clinique des maladies infectieuses.....	GOSSET.
Clinique chirurgicale	GRÉGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	MARION.
Clinique d'accouchements	BRINDEAU.
	COUVELAIRE.
Clinique gynécologique	JEANNIN.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie....	MOCQUOT.
Clinique thérapeutique médicale.....	OMBREDANNE.
Clinique oto-rhino-laryngologique	RATHERY.
Clinique thérapeutique chirurgicale	LEMAITRE.
Clinique propédeutique	PIERRE DUVAL.
Clinique de la Tuberculose.....	SERGEANT.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte..	BEZANÇON.
Cardiologie clinique	MATHIEU.
	LAUBRY.
Professeurs sans chaire	HOVELACQUE.
	MULON.
	OLIVIER.
	VERNE.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

AMELINE	Pathologie chirurgicale.
BARIÉTY	Pathologie médicale.
BÉNARD Henri ...	Pathologie médicale.
BERNARD Etienne	Pathologie médicale.
BESANÇON Justin.	Hydrologie.
BOULIN	Pathologie médicale.
BULLIARD	Histologie.
CATHALA	Pathologie médicale.
CHEVALLIER	Pathologie médicale.
COSTE	Pathologie médicale.
DOGNON	Physique.
FEY	Urologie.
FUNCK	Pathologie chirurgicale.
GALLIARD	Parasitologie.
GASTINEL	Bactériologie.
DE GAUDART D'ALLAINES...	Pathologie. chirurgicale.
GAYET	Physiologie.
DE GENNES :....	Pathologie médicale.
GIROUD	Histologie.
HAGUENAU	Pathologie médicale.
HALPHEN	Oto-rhino-laryngologie.
HAZARD	Pharmacologie.
HUGUENIN	Anatomie pathologique.
JOANNON	Hygiène.
LACOMME	Obstétrique.

MM.

LANTUÉJOL Obstétrique.
 LAROCHE Guy Pathologie médicale.
 LELONG Pathologie médicale.
 LEMAIRE Pathologie expérimentale.
 LEVEUF Pathologie chirurgicale.
 M^{lle} J. LÉVY Pharmacologie.
 LÉVY-VALENSI .. Neurologie et Psychiatrie.
 MÉNÉGAUX Pathologie chirurgicale.
 MOLLARET Pathologie médicale.
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOULONGUET ... Pathologie chirurgicale.
 MOUQUIN Pathologie médicale.
 OBERLING Anatomie pathologique.
 PETIT-DUTAILLIS. Pathologie chirurgicale.
 PIÉDELIEVRE Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 RENARD Ophthalmologie.
 RICHET Physiologie.
 SANNIÉ Chimie biologique.
 SÈNÈQUE Pathologie chirurgicale.
 TROISIÈRE Pathologie expérimentale.
 TURPIN Pathologie médicale.
 VIGNES Obstétrique.
 WILMOTH Pathologie chirurgicale.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

ALGLAVE Pathologie chirurgicale.
BUSQUET Pharmacologie.
CHAILLEY-BERT . Physiologie.
GUÉNIOT..... Obstétrique.

MM.

LARDENNOIS..... Pathologie chirurgicale.
LEROUX Anatomie pathologique.
NEVEU-LEMAIRE . Parasitologie.
PHILIBERT Bactériologie.
VAUDESCAL..... Obstétrique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE
à titre permanent

MM.		MM.	
ALAJOUANINE....	} Clinique médicale.	BASSET	} Clinique chirurgicale.
AUBERTIN		BROCQ	
BRULÉ		CADENAT	
CHABROL		GATELLIER	
CHIRAY		HEITZ-BOYER	
DONZELOT		MOURE	
DUVOIR		QUENU	
LIAN		SCHWARTZ	
PASTEUR-VALLÉRY-RADOT.		VELTER	
SÉZARY			

MM.	
ECALLE.....	} Clinique obstétricale.
LE LORIER	
LÉVY-SOLAL	
METZGER	

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé ..	Education physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
PHILIBERT, agrégé	Microbiologie.
RUPPE	Stomatologie.
WEIL-HALLÉ	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE BIEN-AIMÉ,

A MA CHÈRE MAMAN,

A MON ONCLE,

A MA FIANCÉE,

A MA SŒUR, A MON BEAU-FRÈRE,

A MON FRÈRE,

A MA NIÈCE, A MES PETITS NEVEUX,

A LA MÉMOIRE DE MON ONCLE LE D^r J. JAMBON,

A MON COUSIN LE D^r Y. JAMBON,

A MES FUTURS

BELLES-SŒURS ET BEAUX-FRÈRES,

A MES CAMARADES D'INTERNAT,

MEIS ET AMICIS.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR H. CLAUDE

*Professeur de Pathologie Mentale
et des Maladies de l'Encéphale.
Membre de l'Académie de Médecine.*

A MON MAITRE

MONSIEUR LE DOCTEUR LAMACHE

*Ancien Chef de Clinique à la Faculté de Médecine
de Paris,
Professeur à l'Ecole de Médecine de Rennes*

dont nous fûmes l'interne.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR MARQUIS,

Professeur de Clinique Chirurgicale

dont nous fûmes l'externe.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR HARDOUIN,

Professeur de Clinique Chirurgicale

dont nous fûmes l'interne.

A TOUS MES MAÎTRES DES HOPITAUX
ET DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE RENNES.

INTRODUCTION

Le problème du rapport des dystrophies dentaires avec l'hérédo-syphilis, problème qui a suscité de nombreux travaux, est plus que jamais à l'ordre du jour.

Jusqu'à ces dernières années certaines dystrophies étaient regardées comme des signes pathognomoniques de l'infection tréponémique et la présence de l'un d'eux était considérée comme suffisante pour affirmer le diagnostic d'hérédo-syphilis et entraîner une sanction thérapeutique.

Actuellement un mouvement de réaction contre cette interprétation se dessine. L'écartement des incisives médianes supérieures, le carabelli ont perdu leur caractère de signe avertisseur d'hérédo-syphilis; bien plus, il semble aujourd'hui que les stigmates dentaires hérédo-syphilitiques essentiels, savoir la dent en bourse de Mozer et surtout la fameuse dent d'Hutchinson aient perdu beaucoup de leur valeur en tant que signe pathognomonique d'hérédo-syphilis. Notre maître, le docteur Lamache, a déjà eu l'occasion d'exprimer des doutes sur la valeur de la dent d'Hutchinson comme test de syphilis héréditaire; et c'est sous cette impulsion que nous avons repris l'étude des rapports unissant les dystrophies dentaires et l'hérédo-spécificité.

Dans ce travail nous exposerons l'historique de la question et nous ferons un court rappel clinique des diverses dystrophies dentaires; puis nous relaterons les observations les plus intéressantes prises par nous-même ou que nous a confiées le docteur Lamache.

Ce travail veut rester essentiellement sur le terrain clinique et ne fera qu'accessoirement appel à des considérations embryologiques ou anatomopathologiques.

Nous donnons ci-dessous un aperçu des diverses dystrophies dentaires qui ont été rattachées à l'hérédo-syphilis et que nous étudierons; parmi celles-ci nous intéressent tout particulièrement le tubercule de Carabelli et la dent d'Hutchinson.

Voici le tableau de ces dystrophies :

- 1° les érosions dentaires;
 - la dent d'Hutchinson;
 - la dent en bourse de Mozer et
 - la dent en gâteau de miel de Tomes;
- 2° le tubercule de Carabelli;
- 3° l'écartement des incisives médianes supérieures.

Nous laisserons de côté toutes les autres dystrophies et malformations dentaires : malpositions, gigantisme, ou nanisme, anomalies de croissance qui sont beaucoup plus complexes.

Historique

C'est avec Fauchard qu'apparaît le terme d'érosion dentaire qu'il décrit et attribue aux maladies de l'enfance.

Puis Bunon, en 1743, individualise pour la première fois l'érosion dentaire et recherche son étiologie : il conclut comme Fauchard, que c'est là l'un des effets les plus ordinaires des maladies de l'enfance.

En 1877, Magitot les mentionne dans son *Traité des Anomalies du Système Dentaire* et les met sur le compte des convulsions.

Fortin, en 1896, étudie dans sa thèse la « valeur diagnostique des malformations dentaires observées chez les hérédo-syphilitiques » et nie le rôle des convulsions; Maire, en 1898, dans sa thèse « Contribution à l'étude de l'érosion dentaire » conclut que l'érosion dentaire est la conséquence d'un trouble ou d'un arrêt de la calcification des germes dentaires : toutes les maladies de l'enfance pourraient en expliquer l'étiologie, mais certaines, comme la syphilis et le rachitisme impriment à l'érosion qu'elles produisent une forme particulière sans être pathognomoniques.

Etudiant les dystrophies dentaires et essayant d'en élucider l'étiologie, Parrot invoqua la syphilis par

l'intermédiaire du rachitisme; Magitot et Ratier (thèse de 1874), les convulsions, l'éclampsie; Castarié (thèse de 1874), la scrofule; Galippe en fit un stigmate de dégénérescence banale résultant d'une hérédité malade.

D'autres auteurs : Serve, Blandin, Delabarre. Trousseau, Austin Harris, Andrieu avaient invoqué le rôle des maladies de l'enfance; Curtis en 1905, l'influence du rhumatisme; Amœdéo, dans certains cas, celle du traumatisme.

C'est en 1856 qu'Hutchinson eut le grand mérite d'attirer l'attention sur la forme des dents hérédosyphilitiques habituellement « courtes et étroites, à angles arrondis »; puis, dans son ouvrage intitulé « Etude clinique sur certaines maladies de l'œil et de l'oreille consécutives à la syphilis héréditaire », il signalait l'importance de la malformation des incisives médianes supérieures permanentes lorsqu'elle était surtout associée à la kératite intersticielle et à la surdité sans lésion apparente de l'appareil auditif constituant « la fameuse triade d'Hutchinson », considérée par lui comme pathognomonique.

Fournier et Chompret complétèrent la description d'Hutchinson et décrivirent la dent avec ses trois caractères principaux : échancrure semi-lunaire du bord libre, obliquité convergente de l'axe et forme de tournevis.

A. Fournier, puis Ed. Fournier la classent parmi celles des dystrophies dentaires le plus en rapport avec l'hérédosyphilis (sans pour cela la considérer comme pathognomonique) et ils vulgarisent ce moyen de déceler l'hérédosyphilis.

Chompret au Congrès de 1900 soutient une opinion moyenne et tout en reconnaissant le rôle de la syphilis, il proclame l'influence des autres maladies de l'enfance.

G. Mozer (thèse de 1921) conclut que la dent d'Hutchinson typique avec ses trois caractères permet à elle seule d'affirmer l'hérédo-spécificité; il attribue la même valeur à la dystrophie de la dent en bourse; serait aussi pathognomonique l'aspect en tournevis de l'incisive médiane supérieure de deuxième dentition; l'échancrure semi-lunaire simple du bord libre de l'incisive médiane supérieure serait insuffisante à elle seule pour affirmer la syphilis congénitale; quant à la dent en gradin, la dent en gâteau de miel, l'érosion cupuliforme, elles n'auraient aucune valeur pour le diagnostic de la syphilis héréditaire.

Plus récemment ont paru les travaux suivants :

Hans C. Reese dans l'« Odontologie de février 1930 » considère la dent d'Hutchinson comme signe d'hérédo spécificité.

R. C. Thibault étudie dans un article paru dans le *Paris-Médical* du 6 septembre 1930 : « Les dystrophies dentaires et leur valeur diagnostique des maladies de l'enfance »; il conclut que la dent d'Hutchinson et la dent en bourse sont des signes presque pathognomoniques de syphilis congénitale de valeur supérieure à celle des réactions sérologiques et que leur constatation doit être une indication quasi formelle de traitement spécifique.

Mouriquaud, M^{lle} Weill et Belly, ont exposé à la Société Médicale des Hôpitaux de Lyon dans la séance du 17 janvier 1933 et publié dans la revue *Lyon-Médical* du 9 avril 1933 l'observation d'un

enfant de dix ans atteint de nombreux signes d'hérédo-syphilis (cicatrice de gomme cutanée sous maxillaire, cicatrice de kératite intersticielle, de surdité avec lésion de l'oreille interne — deux épisodes dont le premier survenu à la suite d'une rougeole, — de dents d'Hutchinson; le Bordet-Wassermann était fortement positif dans le sang et la radio décelait de la périostite des os des membres inférieurs). Ces auteurs insistent particulièrement sur le fait qu'ils ont pu suivre l'accentuation du type Hutchinsonien des dents du petit malade : d'abord seule, la forme des dents en tournevis avait été notée et six mois après le type Hutchinson caractéristique avec l'échancrure semi-lunaire des incisives médianes supérieures se trouvait réalisé.

Géo Beltrami étudiait la « Syphilis dentaire » dans la revue *Odontologique* de juillet 1933 et concluait ainsi : la syphilis héréditaire se présente à nous sous deux formes :

1° Une syphilis active, spirochétienne, congénitale maternelle, transplacentaire, causant des dysplasies connues sous le nom d'érosions (et parmi celles-ci la dent d'Hutchinson) et qui sont pathognomoniques d'une syphilis sur laquelle le traitement peut avoir une influence marquée, sans pour cela en avoir aucune sur la dysplasie elle-même.

2° Une syphilis ovulo-spermique, aspirochétienne, toxinique, fixée, dystrophique de Fournier, qui, comme toutes les intoxications, influence l'édification et le développement du germe dentaire et se manifeste par des dystrophies non pathognomoniques, mais signe d'éveil qui crée au praticien le devoir absolu

de rechercher d'autres signes connus actuellement comme des manifestations certaines de syphilis.

Lortat-Jacob dans la « Science Médicale Pratique » du 1^{er} février 1934 étudiait les « stigmates dentaires de l'hérédosyphilis » et s'étendait sur la dent d'Hutchinson; il concluait que la constatation de malformations dentaires chez un malade constitue au premier chef un stigmate d'hérédosyphilis, mais ces lésions n'auraient pas un caractère pathognomonique absolu, d'autres causes pouvant provoquer des lésions identiques.

Amoedeo dans la « Stomatologie de Milan » en juillet 1934 et dans la « Revue Odontologique » de décembre 1934, s'appuyant sur ses études anatomopathologiques et ses recherches histologiques concluait qu'il ne lui était pas possible de confirmer la présence d'un stigmate constant de lésion dentaire dans la syphilis congénitale pouvant expliquer la formation de l'altération type Hutchinson. La dent d'Hutchinson n'aurait donc en se basant sur ces faits aucun caractère pathognomonique.

Enfin, tout récemment, notre maître le D^r Lamache dans une communication faite à Lille lors de l'inauguration de l'Institut de Stomatologie en 1935, étudie le rapport des « dystrophies dentaires et de l'hérédosyphilis »; ses conclusions étaient qu'il n'existe pas de stigmates dentaires pathognomoniques de l'hérédosyphilis, il écartait même la valeur de la dent d'Hutchinson comme test d'hérédosyphilis et rapportait une observation où l'hérédosyphilis ne pouvait sûrement pas être mise en cause. Pour le D^r Lamache, les dystrophies dentaires relèveraient de causes incertaines, mais toujours multiples.

En 1842, pour la première fois, G. Carabelli décrit sous le nom de *tuberculus anomalus*, le tubercule qui depuis, porte son nom.

Magitot (1877) le mentionne et le classe dans son « Traité des anomalies du système dentaire » parmi les anomalies du volume des molaires.

Les travaux de Sabouraud en 1917 font classer le Carabelli parmi les stigmates certains d'hérédosyphilis. Pour lui, la cuspide supplémentaire à la face palatine des molaires supérieures, est la pierre de touche de l'hérédosyphilis, le signe palpable, évident, certain qui seul permet d'affirmer la syphilis héréditaire et peut être en pratique extrêmement utile pour poser un diagnostic et instituer un traitement.

C'est ensuite Jeanselme (1918) qui écrit que la cuspide surnuméraire était aussi fréquente chez l'homme bien conformé que chez les sujets tarés.

Lefebvre, dans sa thèse (1920), concluait que le Carabelli n'était pas spécial à l'homme, et était une formation normale indépendante de la syphilis.

Mozier (thèse de 1921) dénie toute spécificité au Carabelli. Enfin :

Lamache et Dubost (thèse de 1933) concluent que le Carabelli n'a aucune valeur pathognomonique en tant que signe d'hérédosyphilis : c'est seulement un témoin de mauvaise hérédité mais d'étiologie indéterminée.

A. Fournier en 1866, dans une étude sur la syphilis héréditaire tardive, et son fils Ed. Fournier en 1898, dans « Stigmates dystrophiques d'hérédosyphilis »,

signalent l'écartement des incisives médianes supérieures.

Le professeur Gaucher insiste sur ce signe « facile à voir, crevant les yeux », devenu couramment le signe de Gaucher et bien étudié dans les « Annales de Maladies Vénériennes de 1913 ». Il le considère comme signe certain d'hérédo-syphilis, même lorsqu'il existe seul en dehors de tout autre stigmate et de réaction de Wassermann; bien plus, il l'aurait retrouvé dans la descendance de syphilitiques pendant plusieurs générations.

Sabouraud également, insiste sur la valeur de ce signe et déclare que partout où, entre deux dents on peut insinuer le dos d'une lame de couteau, il fallait soupçonner une hérédo-spécificité possible.

Elmudési (écartement des incisives médianes supérieures = dystrophie hérédo-syphilitique), en 1918 conclut en rangeant l'écartement des incisives médianes supérieures parmi les dystrophies hérédo-spécifiques et déclare qu'en présence d'un sujet présentant cette malformation, on doit songer à la syphilis héréditaire, faire une réaction de Wassermann et rechercher les autres stigmates.

Saint-Cène dans sa thèse (1933), intitulée « Dystrophie du bourgeon incisif et hérédo-syphilis » conclut que parmi les stigmates d'hérédo-syphilis ayant une importance capitale par leur fréquence et leur permanence, l'écartement des incisives médianes supérieures doit prendre une place importante. Ce serait une dystrophie du bourgeon au même titre que la malformation d'Hutchinson, dystrophie la plus souvent syphilitique; il mentionne seulement le fait que beaucoup d'auteurs ont discuté les affirmations

de Gaucher et ne voient dans cette *m*alformation dentaire (de même que dans la plupart des autres) que le stigmate d'une infection antérieure où la syphilis n'entrerait que pour une petite part et non fatalement.

Etude Clinique

L'ÉROSION DENTAIRE, dit Magitot, est caractérisée par une altération de la couronne des dents qui, au moment de l'éruption, apparaissent comme usées, rongées sur un certain point de leur hauteur.

Mais c'est Fournier qui a le mieux classé les diverses érosions dentaires.

Allant du plus simple au plus compliqué, nous commencerons par décrire les érosions du corps même de la dent (érosion cupuliforme, érosion en sillon, érosion en nappe), puis nous continuerons par les érosions de l'extrémité libre cuspidienne (dents de scie), et nous terminerons par les dysplasies spéciales (Hutchinson — dent en bourse de Mozer — écartement des incisives médianes supérieures).

Le type d'érosion le plus simple, le plus commun est l'ÉROSION CUPULIFORME : comme le nom l'indique, ce sont de petites dépressions de l'émail, arrondies, dont les dimensions varient de $1/4$ de millimètre à $1/2$ millimètre; parfois plus petites, véritable pointillé creusé dans la surface de la dent.

Rarement unique, presque toujours au nombre de trois ou quatre et plus, elles sont alors très petites, disposées suivant une ligne horizontale, leur coloration est jaune noirâtre et le fond très irrégulier.

Parfois l'érosion se présente sous forme de facettes donnant à la dent un aspect écaillé.

La variété la mieux connue est celle décrite par Parot, sous le nom d' « atrophie dentaire sulciforme » : exagération de la forme précédente, simple sillon superficiel ou véritable rigole creusée horizontalement dans la surface de la dent et limitée de chaque côté par un bourrelet d'émail. Certaines fois ce sillon est très étroit, linéaire; d'autre fois plus large.

Tantôt la couche d'émail amincie qui en tapisse le fond est lisse, unie comme l'émail normal des régions environnantes, tantôt irrégulière, anfractueuse, grisâtre comme les cupules.

A côté de ce sillon simple, on peut trouver plusieurs sillons parallèles, superposés, séparés par des bourrelets d'émail et réalisant l' « ÉROSION EN ÉTAGES »; et lorsque ces sillons siègent sur les grosses molaires dont la base est plus large que la face triturante, on obtient le type de dent dite en « ESCALIERS OU EN GRADINS ».

Lorsque l'érosion s'étend en surface et en profondeur, l'émail disparaît complètement et laisse apercevoir la dentine brun-noirâtre : la dent prend alors l'aspect caractéristique du « bois rongé par les vers » ou « du marbre attaqué par un acide » (Fournier) : c'est la « DENT EN GATEAU DE MIEL DE TOMES ».

L'érosion se cantonnant à l'extrémité libre de la dent donne la déformation suivante pour la canine : l'émail sain s'arrête au tiers inférieur de la dent et une autre dent brun-noirâtre, ronde comme une cheville semble en sortir; la même érosion existe sur

la face triturante des molaires où un moignon d'ivoire émerge d'une couronne normale (Magitot).

Quand l'érosion siège au niveau du bord libre des incisives, celui-ci est découpé par de petites saillies aiguës dites en « DENTS DE SCIE ».

Il arrive aussi que ce bord libre soit aminci, aplati dans le sens antéro-postérieur, réduit à une simple lamelle jaune à points noirs : la dent semblant « amenuisée, sucée », et nous voilà prêts à décrire le type spécial de la dent d'Hutchinson :

C'est en 1856 que le médecin anglais Jonathan Hutchinson décrivit pour la première fois l'anomalie de l'incisive médiane supérieure permanente. Reprise par Fournier, la description en a été complétée par cet auteur et actuellement, la DENT D'HUTCHINSON type se présente avec les trois caractères suivants :

1° Une forme de tournevis qui fait que, plus large et renflée au niveau du collet, la dent se rétrécit transversalement au niveau de son bord libre, simulant un ovoïde aplati (Chompret).

2° Une implantation oblique convergente de l'axe : les incisives médianes supérieures n'ont plus leur axe parallèle, elles sont implantées vicieusement, désorientées (Chompret).

3° Une échancrure semi-lunaire du bord libre chez l'adolescent. Chez l'adolescent seulement, car, lorsque la dent apparaît, l'échancrure n'existe pas et à sa place future se trouve un tissu très friable qui disparaît par l'usure en quelques années, formant alors cette échancrure semi-lunaire dont les bords s'abrasent à leur tour en laissant chez l'adulte une dent plus courte, mais dont le bord est droit, si bien

qu'après trente ans il n'existe plus d'échancrure semi-lunaire (Beltrami).

Généralement, les dents sont de petites tailles et fortement écartées.

Cette dent typique n'est pas très fréquente et à côté on note de nombreux intermédiaires :

— l'échancrure peut ne pas être constituée mais remplacée par un sillon arciforme à concavité inférieure délimitant une surface rugueuse, irrégulière, recouverte ou non d'émail de coloration plus ou moins jaunâtre et se terminant par un bord plus ou moins déchiqueté, d'autre fois elle est comblée par de petits bourgeons irréguliers : c'est l'aspect de la dent jeune. Sous les efforts de la mastication, cette surface de structure moins résistance disparaît peu à peu et l'échancrure se trouve ainsi constituée.

— d'autres fois, pendant longtemps, elle apparaît comme taillée en biseau, amincie vers le bord libre. Enfin si l'usure continue, l'échancrure pourra disparaître complètement par destruction des deux cornes du croissant.

Presque toujours ce sont les incisives médianes supérieures permanentes qui sont atteintes; parfois cependant la forme de tournevis et l'échancrure semi-lunaire ont été rencontrées sur les incisives médianes inférieures et même sur les incisives latérales inférieures : G. Mozer dans ses observations n'a toutefois jamais trouvé ce type seul et dans tous les cas, la déformation Hutchinsonnienne des incisives médianes inférieures s'accompagnait d'une déformation identique des incisives médianes supérieures.

Souvent enfin, la dent d'Hutchinson fait partie d'un groupe de trois stigmates dont les deux autres

sont constitués par une lésion de l'appareil oculaire « la kératite intersticielle » et par une lésion de l'appareil auditif « la surdité sans lésion apparente », triade fameuse qu'Hutchinson considérait comme pathognomonique de syphilis héréditaire, nous l'avons vu plus haut.

C'est G. Mozer qui a fixé dans sa thèse remarquable de 1921 la morphologie d'un autre type de dent se rapprochant de la dent d'Hutchinson : la « DENT EN BOURSE DE MOZER » qu'il décrit ainsi : cette malformation présente un caractère principal typique, constant et d'autres caractères accessoires, inconstants;

— le caractère principal consiste en un sillon circulaire, comme tracé avec la pointe d'une aiguille, non pas sur le corps de la dent, mais en plein plateau à un ou deux millimètres en dedans du bord libre; ce sillon enchâtonne la zone centrale d'où émergent les quatre cuspides qui semblent étranglées. La ressemblance avec le sillon déterminé par la striction des cordons d'une bourse a valu à ce type de dent le nom de « dent en bourse ». Nous y ajouterons que les cuspides peuvent être ou non atrophiées : dans le premier cas elles sont jaunâtres, plus ou moins érodées; parfois même, elles disparaissent et le sillon n'encadre plus qu'une dépression jaunâtre, cupuliforme, donnant à la dent un aspect de « godet »; si elles ne sont pas atrophiées, elles sont alors complètement recouvertes d'émail et se présentent sous forme d'éminences saillantes, pointues, délimitant entre elles un sillon cruciforme.

— quant aux caractères accessoires, ils sont constitués par l'atrophie cuspidienne et la forme conique de la dent : Mozer insiste sur ce dernier caractère

qu'il considère comme tout aussi important que celui fourni par le sillon.

Dans toutes les dents en bourse trouvées par Mozer, la surface triturante de contour arrondi était toujours plus étroite que le collet.

Mozer fait remarquer l'analogie que présente ce type avec le type Hutchinson; en effet :

Sa forme conique correspond au tournevis,

Son sillon est l'équivalent de l'érosion en coup d'ongle,

Son godet équivaut à l'échancrure.

Elle se différencie nettement de la dent de Fournier à atrophie cuspidienne décrite dans la « Syphilis tardive » par sa forme tronconique, le sillon de sa face triturante et par le fait qu'après abrasion des cuspidés, sa hauteur n'est que fort peu diminuée.

Le CARABELLI typique décrit en 1842, se présente comme un tubercule à la face interne des molaires supérieures et tout particulièrement de la première; sa base est située près du collet de la dent et son sommet se tient libre dans la cavité buccale.

C'est donc une véritable cuspide supplémentaire : mais cette forme typique est rare en clinique et plus souvent ce ne sont que de simples ébauches qui demandent à être recherchées avec soin. Pour Lefebvre, le Carabelli serait moins élevé que le tubercule médio-lingual auquel il est adossé; beaucoup plus souvent il apparaît comme une simple saillie en bourgeon, accolée à la face des molaires, faisant corps avec elles et se présentant sous la forme d'une écaille de pomme de pin, d'une saillie arrondie, parfois lancéolée, à surface parfois régulière, parfois bilobée.

On le trouve surtout sur la première molaire supérieure de la dent de six ans, et sur la deuxième molaire de lait inférieure.

Chez l'adulte, il faut donc le rechercher à la face interne de la première molaire; rare sur les deuxièmes molaires, il est tout à fait exceptionnel sur la dent de sagesse.

Le Carabelli est habituellement bilatéral et symétrique : on a cependant pu observer des cas d'asymétrie (Lamache et Dubost); très exceptionnellement il est unilatéral. Il existe environ chez 18 % des sujets (Lamache et Dubost) et présente un caractère atavique, héréditaire certain. Enfin, le tubercule de Carabelli, anomalie isolée n'existe pas : il est toujours accompagné d'autre dystrophies dentaires, osseuses, viscérales, endocriniennes ou neuro-psychiques.

Nous terminerons l'étude de cette morphologie clinique en décrivant l'ÉCARTEMENT DES INCISIVES MÉDIANES SUPÉRIEURES, bien étudié dans la thèse d'Elmudési (1918).

Normalement, les incisives médianes supérieures, sont accolées par leur bord libre, sinon dans la totalité de la hauteur du bord, du moins dans sa partie moyenne. A leur partie inférieure les deux dents sont séparées par un petit triangle à base inférieure. C'est Gaucher qui signala que fréquemment chez les hérédo-syphilitiques, les incisives médianes supérieures pouvaient présenter un écartement plus ou moins grand auquel cas les bords internes des incisives médianes supérieures au lieu d'être accolés sont distants, délimitant lorsqu'ils sont rectilignes un espace rectangulaire ou un sablier

lorsqu'ils sont incurvés à leur partie moyenne. Le plus souvent l'écart varie de un à trois millimètres, la dystrophie saute aux yeux lorsque le sujet parle ou sourit. Parfois l'écartement est plus grand encore, atteignant quatre à cinq millimètres, et au cours d'un examen trop rapide on peut avoir l'impression qu'il manque une dent.

Les dents ainsi écartées peuvent rester symétriques par rapport au plan médian, mais plus souvent cette symétrie n'existe pas.

Cette dystrophie peut exister seule en tant que malformation dentaire et dans ce cas les dents restent normales de forme, de dimensions et de direction.

Mais d'autres fois l'écartement des incisives médianes supérieures peut être associé à d'autres malformations : les incisives peuvent être plus petites que normalement; leur axe peut être dévié; elles peuvent être striées, cannelées, déformées, irrégulières.

L'écartement des I. M. S. peut accompagner le type Hutchinson; et il est aussi possible de trouver en même temps l'absence des incisives latérales, l'écartement des incisives latérales, l'écartement des incisives médianes inférieures.

Cette dystrophie peut aussi être combinée à toutes les dystrophies dentaires de l'hérédosyphilis.

Tel est la description clinique que nous retrouvons dans la thèse d'Elmudési (Ecartement des incisives médianes supérieures, dystrophie hérédosyphilitique).

Observations

Chez tous les malades porteurs de dystrophies dentaires, un examen complet a été pratiqué : chaque fois que la chose a été possible nous nous sommes livré à une enquête familiale, examinant les parents, les frères et sœurs; l'examen clinique a porté sur les viscères, l'état neurologique l'état mental, et toutes les autres dystrophies ont été soigneusement recherchées; enfin, dans un bon nombre de cas, nous avons fait pratiquer un examen sérologique.

1° DENT D'HUTCHINSON

Nous ne rapporterons que huit cas nets de dent d'Hutchinson dont les porteurs ont pu être soumis à la triple enquête héréditaire, clinique et sérologique.

Dans trois observations la dent d'Hutchinson n'est pas un stigmate isolé, elle fait partie alors d'une triade d'Hutchinson typique.

Observation n° 1. — Enfant de sept ans présentant : un syndrome de Little avec séquelles d'encéphalopathie infantile; âge mental : 2 ans, crises comitiales, surdité, kératite intersticielle droite, dent d'Hutchinson typique, malpositions dentaires multiples, malformations crâniennes. Bordet Wassermann positif.

Observation n° 2. — Enfant de onze ans atteint de grosse débilité mentale, hypothyroïdie, ectopie testiculaire, énurésie nocturne, porteur d'une dent d'Hutchinson, avec kératite intersticielle bilatérale et acuité auditive réduite. Le B. W. est négatif. Parmi les antécédents familiaux, on note cinq fausses-couches chez la mère; un autre enfant présente un spina bifida et des crises convulsives; le père avait contracté une spécificité avant son mariage.

Observation n° 3. — Jeune homme de quinze ans : retard intellectuel, arriération mentale (âge mental : onze ans). Le développement physique est normal. Pavor nocturnus, énurésie nocturne, exiphoïdie, ectopie testiculaire droite, triade d'Hutchinson avec kératite très réduite. B. W. positif.

Cinq autres observations se rapportent à la dent d'Hutchinson isolée de sa triade. Ce sont :

Observation n° 4. — Cette observation a été rapportée par le D^r Lamache à la réunion stomatologique de Lille en 1935. Il s'agit d'un jeune garçon de neuf ans ayant cinq frères et sœurs admirablement bien portants; le père est en excellente santé; la mère n'a eu aucune fausse-couche; elle ne présente aucun signe de spécificité. On ne trouve absolument rien d'anormal dans l'ascendance ou chez les collatéraux. Cet enfant, objet de l'observation, était arriéré au point de vue scolaire, faisait pipi au lit; sa stature était au-dessous de la moyenne; il portait des dystrophies dentaires multiples : microdontisme, malpositions, dent d'Hutchinson typique avec ses trois caractères. Il était atteint d'équivalent épileptique. Le B. W. était négatif chez le père, la mère et l'enfant. On ne

peut trouver qu'une seule explication à cette dystrophie : la mère ayant présenté au dernier tiers de sa grossesse une pyrexie d'origine indéterminée qui a duré plusieurs semaines (les divers examens de sang pratiqués n'avaient donné aucun renseignement).

Observation n° 5. — Jeune homme de vingt ans : plagiocéphale, taille, 1 mètre 82 et insuffisance de poids, cyphose, débilité mentale discrète, débilité motrice avec paratonie, syncinésies, Carabelli bilatéral, dents de mauvaise qualité qui s'effritent, dent d'Hutchinson, a marché et parlé tard, onychophagie, foie débordant, migraines. Le B. W. est négatif. L'anamnèse apprend que deux frères sont tout à fait normaux; pas de fausses-couches chez la mère en excellente santé, pas d'antécédents familiaux; le B. W. a été négatif chez la mère. L'enfant a eu un traitement spécifique à partir de l'âge de six ans et qui a duré deux ans. Nous retiendrons l'accouchement pénible, avec application de forceps; l'enfant est né étonné; au sixième mois de la grossesse, la mère a fait une grippe avec congestion pulmonaire ayant nécessité un séjour au lit de trois semaines; enfin, la mère a eu de l'albumine dans ses urines durant sa grossesse.

Observation n° 6. — Enfant de sept ans. Le père est un éthylique chronique à ivresse fréquente. La mère a eu une pleurésie, a toussé et est atteinte d'adénopathie cervicale. Une sœur est bien portante. Un frère est atteint d'adénopathie suppurée : ces deux enfants sans tares sont nés à une époque où le père ne buvait pas; deux frères sont morts en bas-âge, l'un de convulsions, l'autre de broncho-pneumo-

nie. Né postérieurement aux habitudes éthyliques du père, l'enfant qui a fait l'objet de notre observation, a eu rougeole, scarlatine et deux broncho-pneumonies. Notre petit malade a une dent d'Hutchinson, des érosions dentaires sulciformes, une voûte ogivale, un front olympien; de plus : arriération mentale, foie et rate normaux, micropolyadénopathie. La cuti réaction est positive. L'enfant chétif est sujet aux bronchites. Le père et la mère n'ont aucun signe de spécificité : le B. W. est négatif chez le père, la mère et tous les enfants.

Observation n° 7. — Il s'agit d'un jeune homme de dix-sept ans, fils unique, d'intelligence normale, faisant des études secondaires, né à huit mois; il a poussé difficilement; actuellement il es pâle, bouffi, présentant des signes discrets d'hypothyroïdie, une rate percutable, une voûte ogivale. On note l'absence d'appendice xiphoïde, une dent d'Hutchinson, un Carabelli, aux membres inférieures des cicatrices pigmentées; l'anorexie est habituelle. L'examen radiologique pulmonaire ne montre rien d'anormal; le B. W. est négatif. Mais le père a une aortite, une leucoplasie buccale, les pupilles sont légèrement inégales et il s'est refusé à un examen de sang. La mère est décédée subitement à trente-six ans. Enfin, cet enfant est amélioré chaque fois qu'on le soumet à une série de sulfarsénol.

Observation n° 8. — Fillette de seize ans appartenant à une famille de six enfants : un est mort de la scarlatine; la mère a fait une fausse-couche; cinq frères et sœurs sont vivants; deux sœurs sont porteuses de Carabelli; chez un frère on trouve un

écartement des incisives médianes supérieures. une dent surnuméraire et une voûte ogivale, ce frère est épileptique et a du retard intellectuel; un autre frère a fait pipi au lit jusqu'à l'âge de treize ans; le père est un alcoolique chronique avec gros foie et polynévrite discrète : il a été en Orient durant la guerre et a fait le paludisme et la dysenterie amibienne; la mère est aussi une alcoolique à prédilection pour le cidre, pendant la grossesse elle était très fatiguée et s'est enivrée. Nous ne retrouvons aucun signe de tuberculose, aucun signe de spécificité chez ce père et cette mère dont de plus les B. W. sont négatifs. Le B. W. est aussi négatif chez le sujet, objet de notre observation ainsi que chez un frère et une sœur (il n'a pas été pratiqué chez les autres enfants). Les grands-parents, maternel et paternel, qui occupent la profession de cultivateurs, sont peut-être éthyliques, mais n'ont présenté aucun accident rappelant la spécificité. Notre malade a une dent d'Hutchinson; elle n'est pas encore réglée, et présente en plus des stigmates de rachitisme (déformations thoraciques, genu recurvatum, rétrécissement mitral sans antécédent rhumatismal). Elle a eu une scarlatine dans l'enfance : son B. W. est négatif.

2° DENT EN GATEAU DE MIEL DE TOMES

DENT EN BOURSE DE MOZER.

Nous avons souvent eu l'occasion de rencontrer les érosions dentaires, surtout cupuliformes, quelques sulciformes, multiples mouchetant de points noirâtres les incisives. Ces érosions nous sont apparues fréquentes, nous n'avons pas fait la statistique

exacte, mais un certain nombre de cas ont été néanmoins observé. Ces érosions ont été très exceptionnellement rencontrées chez des sujets normaux venant à la consultation externe de l'Hôtel-Dieu pour une rhino-bronchite ou un petit incident pathologique quelconque. Nous avons observé la coexistence fréquente de ces érosions et de l'épilepsie : chez cent épileptiques, le D^r Lamache a rencontré trente-huit fois l'érosion dentaire.

La coexistence de l'épilepsie et des érosions dentaires incitait d'une façon toute particulière à rechercher l'hérédo-spécificité et trente-huit épilepsies datant de l'enfance avec érosion dentaire, deux fois le Wassermann était positif; trois fois le Hetch, et dans quatre cas la spécificité héréditaire put être affirmée soit par la clinique, soit par des signes de spécificité active chez les ascendants; dans les vingt-neuf autres cas, il fallut incriminer un traumatisme obstétrical, des infections mal déterminées dans leur étiologie survenues dans les premiers mois de la vie, l'hérédité alcoolique souvent associé à des manifestations tuberculeuses chez les générateurs.

La dent typique en « GATEAU DE MIEL » de Tome est rare; nous possédons quatre observations : dans un cas, la syphilis était indubitablement en cause : il s'agissait d'un imbécile de quinze ans avec hémiplegie gauche cérébrale infantile, épilepsie, gros foie, érosions dentaires multiples et B. W. positif. Dans un autre cas la dent en gâteau de miel coïncidait avec d'autres érosions dentaires multiples qui donnaient à toutes les dents un aspect vermoulu : la spécificité ne pouvait nullement être suspectée chez ce sujet, mais il avait fait pendant les trois premières années

de sa vie toute une série de maladies infectieuses : deux broncho-pneumonies, plusieurs crises de gastro-entérite, une rougeole, une varicelle, et était resté pendant trois ans dans un état de maladie constante.

La « dent en bourse » de Mozer retiendra davantage notre attention, étant donné la valeur absolue comme signe d'hérédos-spécificité qu'ont voulu lui attribuer certains auteurs : elles nous paraît rare, plus rare que la dent d'Hutchinson. Nous rapporterons trois observations où la dent était typique :

Observation n° 1. — Jeune fille de vingt ans, fille unique, dont les parents sont très bien portants : la mère n'a pas fait de fausse-couche, née à terme après grossesse normale, depuis l'âge de six semaines jusqu'à l'âge de quatre mois, la température oscillait entre 38° et 38°5; troubles intestinaux; à sept mois : pneumonie, pousse mal jusqu'à deux ans; insuffisance de poids; vomit souvent; à deux ans, elle a eu la rougeole compliquée de broncho-pneumonie; à quatre ans, une scarlatine avec néphrite œdémateuse; elle a été réglée tard : seize ans. C'est une jeune fille maigre, porteuse de ganglions cervicaux assez volumineux; à l'examen radioscopique pulmonaire : région hilare droit chargée, cutiréaction positive; entérocolite à répétition; déformations thoraciques (nouûres costales); au niveau de la bouche : voûte ogivale, écartement des incisives médianes supérieures, quelques érosions dentaires cupuliformes, dent de Mozer; aucun signe de spécificité; le B. W. est négatif.

Observation n° 2. — Jeune fille de vingt-huit ans venant consulter pour des crises d'épilepsie datant de l'enfance; elle est accompagnée de son père dont nous

faisons l'examen : ce dernier ne révèle rien d'anormal; la mère, décédée, était une alcoolique, qui s'enivrait pendant la grossesse et qui a fait quatre fausses-couches; un frère est mort de méningite tuberculeuse; un autre serait assez bien portant; aucune maladie ne peut être retenue dans l'enfance; réglée pour la première fois à treize ans, mal réglée : avec aménorrhée pendant parfois cinq à six mois; troubles glandulaires; acrocyanose; erythème sus-malléolaire; dent de Mozer; absence d'incisives latérales; quelques érosions dentaires. Rien ne permet de suspecter la spécificité : le B. W. est négatif.

Observation n° 3. — Etudiant de vingt-trois ans présentant une dent de Mozer typique, une incisive médiane toute petite, à bord un peu échancré, une voûte légèrement ogivale. Ces constatations sont faites à l'occasion d'un examen pour grippe. L'examen ne révèle rien d'anormal en dehors d'une axiphoïdie.

Nerfs normaux, intelligence très normale. L'interrogatoire ne révèle aucune anomalie du premier développement : aucune maladie infectieuse importante; un frère et une sœur sont bien portants; parents en bonne santé; un grand-père maternel aurait fait des troubles mentaux jeune et aurait dû être interné à quarante ans. Le B. W. est négatif. Ce cas est particulièrement curieux : l'anomalie dentaire était pour ainsi dire monosymptomatique; peut-être faudrait-il penser à l'hérédospecificité : les troubles mentaux survenus précocement chez le grand-père faisant penser à la possibilité d'une spécificité cérébrale.

3° ECARTEMENT DES INCISIVES MÉDIANES SUPÉRIEURES

L'écartement des I. M. Sup. est une dystrophie assez fréquemment rencontrée, surtout dans ses formes moyennes. Nous avons retenu vingt-huit cas où nous avons pu faire un examen complet du sujet. Nous répartirons ces vingt-huit cas en trois groupes.

Premier Groupe. — L'écartement des I. M. Sup. coïncide avec d'autres malformations générales et dentaires — treize cas — dans ces cas l'écartement des I. M. Sup. va de pair avec l'absence d'incisives latérales — deux cas — malpositions dentaires, dent surnuméraire, érosion dentaire, voûte ogivale (sept cas); malformations du crâne, troubles endocriniens (six cas), troubles de la croissance, épilepsie (sept cas), retard intellectuel (huit cas) allant de l'idiotie (deux cas) au retard simple.

On le retrouve associé à des tares viscérales : un cas de malformation congénitale du cœur, hépatomégalie ou splénomégalie. Dans ces cas complexes, l'hérédo-syphilis a pu être affirmée deux fois par un B. W. positif. Dans trois cas elle a pu être suspectée par l'anamnèse de fausses-couches répétées de la mère; la présence de frères et sœurs présentant des malformations; des signes présomptifs de syphilis héréditaire chez la mère; sur l'état viscéral et général; enfin, l'action thérapeutique efficace des médicaments de la syphilis. Dans huit cas tout soupçon de syphilis a dû être écarté par suite de l'enquête familiale, clinique, sérologique et l'épreuve thérapeutique : il s'agissait d'enfants dont les parents étaient éthyliques ou tuberculeux; dans trois cas la mère avait eu une maladie infectieuse grave durant la grossesse;

dans deux cas l'accouchement avait été pénible; enfin, dans quatre cas se cumulait avec des causes déjà invoquées un état de paupérisme familial avec alimentation insuffisante (carence).

Deuxième Groupe. — Dans ce groupe nous rangeons la coexistence de l'écartement des I. M. Sup. avec d'autres malformations dentaires (neuf cas) et d'autres altérations morphologiques générales ou viscérales.

Au point de vue dentaire coexistence d'écartement avec érosions diverses cupuliformes ou sulciformes, Carabelli, canines en dents de requin, malpositions dentaires, voûte ogivale (trois cas).

Au point de vue malformations générales : troubles endocriniens discrets (deux cas d'hypothyroïdie fruste et cas d'ectopie testiculaire, troubles de la série névropathique ou même épileptoïde (onychophagie, pavor nocturnus, colère subite); deux cas où aucune lésion viscérale notable. Ces cas concernant des malades de neuf à vingt-sept ans : cutiréaction positive dans huit cas; B. W. négatif dans tous les cas; aucune lésion cutanée du type syphilis; aucune autre malformation du type hérédo-syphilitique; foie et rate normaux; chez quatre malades, présence de stigmates rachitiques; pas d'antécédents de syphilis héréditaire.

Troisième Groupe. — On rangera dans ce troisième groupe l'écartement des I. M. Sup. en apparence isolé dont on a noté six cas. Dans ces cas, l'écartement des I. M. Sup. était la seule dystrophie dentaire, il n'existait également aucune malformation apparente, grossière; l'examen viscéral était

négatif. Cependant, un interrogatoire attentif faisait reconnaître dans quelques cas un retard de la marche ou de la parole, ou de l'énurésie nocturne persistante, ou du pavor nocturnus. Dans quatre cas, deux fois il y avait axiphoïdie; enfin, dans deux cas l'écartement des I. M. Sup. était un symptôme isolé chez des adultes parfaitement bien portants : le B. W., le Hecht étaient négatifs; chez ces malades aucun antécédent héréditaire ou personnel ne permettait de soupçonner l'hérédo-syphilis. Deux de ces malades avaient des sequelles de rachitisme fruste; l'interrogatoire ne nous a révélé aucune cause héréditaire ou personnelle susceptible d'expliquer cette malformation dentaire.

4° TUBERCULE DE CARABELLI

Nous rappelons ici pour mémoire le travail de notre maître le D^r Lamache, repris par Dubost dans sa thèse : plus de cinq cents sujets avaient été examinés et le tubercule de Carabelli avait été trouvé une centaine de fois, soit dans 20 % des cas. Depuis ce travail de 1933 nous avons avec le D^r Lamache poursuivi des recherches sur ce sujet : le pourcentage du Carabelli se maintient aux environs des chiffres déjà signalés par le D^r Lamache : 23 % des sujets examinés étaient porteurs de cette dystrophie. Le tubercule de Carabelli, symptôme isolé, est une rareté. Chez douze sujets il ne s'accompagnait d'aucune dystrophie, d'aucune tare viscérale, ou neuropsychique; presque toujours, ainsi que l'ont signalé Lamache et Dubost, il a été associé à d'autres malformations dentaires et crâniennes (érosions,

écartement des incisives médianes supérieures, malpositions dentaires, voûte ogivale, prognathisme de la mâchoire supérieure), ou à d'autres dystrophies portant sur le système osseux, le système nerveux ou l'état mental. En ce qui concerne l'étiologie, les cinquante et un cas de tubercule de Carabelli que nous avons rencontré peuvent se répartir ainsi :

1° *Carabelli et hérédo-syphilis.*

Chez trois sujets porteurs de Carabelli bilatéral très marqué la syphilis héréditaire était certaine : le Wassermann était positif chez deux sujets, chez le troisième, malgré un B. W. négatif, les antécédents et la clinique permettaient d'affirmer l'hérédo-spécificité : ictère prolongé dans les jours suivant la naissance, coryza, accident cutané, le sujet âgé de vingt ans avait une hypertension à 10.18 (Vaquez), un effondrement discret de la racine du nez, testicule petit, dur, aspect vieillot.

2° *Carabelli et infection de la mère pendant la grossesse.*

Dans six cas de Carabelli coexistant avec quelques dystrophies discrètes : axiphoïdie, spina bifida occulta, énurésie nocturne persistante, pavor nocturnus, anamnèse de développement retardé. Nous n'avons trouvé comme explication que des infections prolongées de la mère pendant la grossesse : grippe avec complications pulmonaires ou intestinales, fièvre typhoïde, érysypèle à rechutes avec complications rénales.

3° *Carabelli et infection chronique chez les générateurs en dehors de la syphilis; tuberculose de la mère.*

Malgré les opinions régnantes actuelles sur la non-transmissibilité de l'infection tuberculeuse de la mère à l'enfant, dans deux cas de grosse débilité mentale avec débilité motrice, troubles endocriniens, dystrophies dentaires avec Carabelli monstrueux et malpositions dentaires, nous n'avons, après une enquête familiale très serrée, trouvé qu'une explication possible à cet état : savoir une tuberculose active de la mère pendant la grossesse; les enfants avaient des ganglions cervicaux et inguinaux, la cuti-réaction était très positive.

4° *Carabelli et alcoolisme des générateurs.*

Neuf observations ont trait à des enfants d'éthylés certains; chez ces enfants d'alcooliques en dehors du Carabelli existaient certaines autres malformations dentaires : érosions, dents crénelées, dents de mauvaise qualité, dents surnuméraires, dents amorphes. Le Carabelli était toujours très volumineux et quatre sujets étaient des épileptiques.

5° *Carabelli et infections de la première enfance.*

Nous pouvons rapporter plusieurs observations de sujets ayant fait gastro-entérite, broncho-pneumonie, infections indéterminées dans la première année, qui présentaient des sequelles osseuses de rachitisme et qui présentaient au milieu d'autres malformations dentaires un tubercule de Carabelli typique.

6° *Enfin, un certain nombre de tubercules de Carabelli* accompagnés d'autres dystrophies nerveuses restent sans étiologie soupçonnée : l'interrogatoire, l'examen des parents n'apportent aucun argument en faveur d'une cause toxique ou infectieuse déter-

minée; peut-être une alimentation défectueuse de la mère pendant la grossesse; peut-être une alimentation mal conduite du nourrisson pendant les premiers mois est-elle à la base de ces dystrophies qui rentrent dans le cadre des affections par carence.

Discussion :

Valeur de certaines dystrophies dentaires comme test d'hérédo-syphilis

Dès l'abord voyons à la lumière de publications récentes la position des auteurs contemporains sur ce thème « les dystrophies dentaires et leur valeur comme test d'hérédo-syphilis ».

Le tubercule de Carabelli est abandonné par la plupart des auteurs en tant que stigmate hérédosyphilitique : les travaux de Lamache et Dubost sont très affirmatifs à cet égard; l'écartement des incisives médianes supérieures est considéré comme n'ayant plus qu'une influence secondaire : cette dystrophie banale qui, lorsqu'il relève de spécificité, relève d'une syphilis fixée, agissant de parents à enfants par toxines et non par septicémie tréponémique. En ce qui concerne les hypoplasies dentaires et spécialement la dent de Mozer et la dent d'Hutchinson les avis émis par les différents auteurs sont très différents; Thibault s'exprime ainsi : « la dent d'Hutchinson et la dent en bourse de Mozer sont des signes presque pathognomoniques de syphilis héréditaire, de valeur supérieure à celle des réactions sérologiques et leur constatation doit être une indi-

cation quasi formelle de traitement spécifique. » Mozer dit avoir, chez vingt-trois porteurs de dent d'Hutchinson, noté vingt-deux Wassermann positifs; et sur quatre vingt-quinze porteurs de molaires en bourse, quatorze Wassermann positifs. Lortat-Jacob considère la dent d'Hutchinson et la dente courte à plateau lisse de Fournier comme pathognomonique d'hérédo-syphilis. Beltrami, dans une leçon de 1933 publiée par la revue odontologique concluait « les érosions typiques, systématisées sont des symptômes pathognomoniques de syphilis héréditaire, active, spirochétienne »; il est vrai que Beltrami étend d'une façon considérable le domaine de la syphilis probable, « bien entendu un B. W. négatif ne permet pas d'éliminer la syphilis héréditaire; mais la présence chez le père jeune d'une hémorragie cérébrale, chez la mère d'un ulcère à l'estomac permet d'affirmer que la syphilis était dans la famille. » Amoedéo, s'appuyant sur des recherches anatomo-pathologiques dit ceci : « il ne nous a pas été possible de confirmer la présence d'un stigmat constant de lésion dentaire dans la syphilis congénitale qui puisse expliquer le mécanisme de la formation de l'altération type Hutchinson; se basant sur ces faits, nous ne pouvons reconnaître à cette dent aucun caractère pathognomonique. » Donc, anatomopathologiquement, il n'est pas possible d'identifier une dent caractéristique de l'hérédo-syphilis. Enfin, rappelons que le D^r Lamache, à la réunion de Stomatologie de Lille a rapporté une observation de dent d'Hutchinson où, à son avis, la syphilis ne pouvait être mise en jeu.

En résumé, presque tous les auteurs pensent que la présence de la dent d'Hutchinson ou de la dent en

bourse de Mozer permet d'affirmer l'hérédospécificité; le Carabelli et l'écartement des incisives médianes supérieures doivent figurer au nombre des dystrophies banales (il faut cependant faire exception pour Sabouraud qui maintient la valeur du Carabelli comme signe d'hérédo-spécificité).

Dent d'Hutchinson et dent en bourse de Mozer, ou d'une façon plus générale, « hypoplasies dentaires » sont considérées comme relevant d'une syphilis active transmise de la mère à l'enfant, syphilis avec septicémie spirochétienne; et la syphilis serait toujours responsable de ces malformations.

Les autres dystrophies relèveraient le plus fréquemment d'une syphilis fixée « syphilis dystrophique de Fournier » : dans ces cas, la syphilis des parents agit non en transmettant le spirochète, mais, soit directement sur le fœtus par les toxines spirochètiennes, soit en altérant la qualité des organes de la reproduction chez les parents. Beltrami reconnaît que beaucoup d'autres intoxications exogènes (alcool, plomb), et que beaucoup d'autres toxi-infections autres que la syphilis peuvent retentir sur le germe dentaire, mais il ajoute : « même ici la syphilis est au premier rang de ces intoxications ».

Le problème ainsi posé, nous voudrions, en nous appuyant sur les observations que nous avons rapportées, donner notre opinion personnelle et celle de notre maître le D^r Lamache sur « les rapports de l'hérédo-syphilis et de certaines dystrophies dentaires »; nous rappelons que notre enquête sur chaque malade a été aussi complète que possible, alliant par un interrogatoire très serré les recherches sur l'hérédité du sujet et son premier développement

à un examen clinique complet et une enquête sérologique dès qu'elle paraissait indiquée.

— CARABELLI ET HÉRÉDO-SYPHILIS : le Carabelli rencontré cinquante et une fois, existe dans notre statistique chez 22 % des sujets examinés. Le B. W. est très exceptionnellement positif (2 fois); l'hérédosyphilis sans B. W. peut être affirmée une fois; c'est donc un total de trois cas de syphilis certaine sur cinquante et un observés. Par contre, si la syphilis est rare, nous avons retrouvé souvent l'alcoolisme des parents (9 fois); les infections de la mère pendant la grossesse, infections * prolongées durant plusieurs semaines (6 cas); les infections des premiers mois de la vie à type d'infection intestinale ou bronchopneumonique; ou même des infections d'origine indéterminée, laissant à leur suite des dystrophies rappelant le rachitisme; souvent il ne peut être mis en évidence aucune infection ou intoxication des parents ou du fœtus : dans ces cas on a relevé parfois de mauvaises habitudes alimentaires de la mère pendant la grossesse qui font suspecter une origine carencée. Enfin, nous devons attirer l'attention d'une façon toute particulière sur le rôle que joue la tuberculose, mais cependant nous n'avons pu trouver qu'une tuberculose évolutive de la mère pendant la grossesse pour expliquer chez deux sujets la coexistence d'un tubercule de Carabelli avec d'autres malformations dentaires et des troubles neuropsychiques.

Le tubercule de Carabelli est donc une dystrophie banale à étiologies multiples : la spécificité dans notre statistique ne joue pas un rôle plus important que la toxine tuberculeuse, et vient comme cause

déterminante loin après l'alcoolisme et les diverses toxi-infections. Aussi faisons-nous nôtres les conclusions de Lamache : « Il ne saurait être assigné au Carabelli une étiologie déterminée et il ne peut figurer comme signe pathognomonique d'aucune infection, d'aucune intoxication. »

— HÉRÉDO-SYPHILIS ET HYPOPLASIES DENTAIRES, DENT EN GATEAU DE MIEL DE TOMES, DENT DE MOZER. — Les érosions dentaires coïncident souvent avec des manifestations épileptiques comme l'avait remarqué Magitot; nous avons observé trente-huit sujets présentant à la fois des érosions dentaires et des crises d'épilepsie : neuf cas relevaient sûrement de l'hérédospecificité; vingt-neuf cas avaient des causes très variées, se rencontrant encore avec une hérédité alcoolique, une tuberculose active des générateurs, des toxi-infections diverses, un traumatisme obstétrical; quatre cas de dent en gâteau de miel de Tomes, un cas d'hérédospecificité; trois cas de dent en bourse de Mozer, et une seule fois l'hérédospecificité put être, non pas affirmée, mais suspectée (un grand-père maternel ayant été interné jeune pour des troubles mentaux faisant penser à une syphilis probable, et c'est tout).

— DENT D'HUTCHINSON ET HÉRÉDO-SYPHILIS. — La dent d'Hutchinson faisant partie de la triade d'Hutchinson paraît être toujours d'origine hérédosyphilitique si nous nous en rapportons à nos trois observations : deux B. W. positifs; un B. W. négatif, mais avec l'anamnèse d'un père ayant contracté la syphilis avant son mariage.

Mais la dent d'Hutchinson sans kératite, et sans surdité est loin de relever toujours de l'hérédospecificité : parfois elle en cause (observation n° 7), mais

à côté d'elle nous trouvons tout aussi traumatisant pour le fœtus, et en particulier pour ses dents, l'association alcool, tuberculose chez les parents (observations n° 6 et n° 8); l'association traumatisme obstétrical, infection prolongée de la mère pendant la grossesse (observation n° 5). Quant à l'observation n° 4, elle mérite une attention toute particulière : un enfant de neuf ans est épileptique, il a une dent d'Hutchinson, son père et sa mère ne présentent aucun stigmate clinique ou sérologique de spécificité; leurs B. W. sont négatifs, cinq frères et sœurs sont admirablement bien portants; lui seul, dans la famille, est un dystrophique. Or, pendant sa grossesse, la mère a fait une pyrexie qui a duré plusieurs semaines; cette infection est la seule explication plausible aux anomalies que présente cet enfant. Il ressort de cette observation que l'hérédo-syphilis et la dent d'Hutchinson ne doivent pas être considérées comme faisant un couple indissoluble; lorsque la triade d'Hutchinson est au complet, il semble bien, à s'en rapporter à nos observations que la syphilis ait un droit de préséance marqué; il semble même qu'elle pourrait revendiquer l'exclusivité de cette malformation; mais, quand la dent d'Hutchinson est isolée des autres éléments de la triade, elle perd ses liens intimes avec la spécificité et s'accommode alors d'une étiologie variée, complexe, où nous trouvons en association fréquente : l'alcoolisme, la tuberculose, des toxi-infections diverses.

— ECARTEMENT DES INCISIVES MÉDIANES SUPÉRIEURES ET HÉRÉDO-SYPHILIS : tout comme le Carabelli, l'écartement des I. M. Sup. est rarement isolé, parfois il le paraît, mais un examen attentif permet de déceler

quelques anomalies de développement : syndrome de retard simple au cours du premier développement, pavor nocturnus, énurésie nocturne persistante, axiphoïdie, reliquats de rachitisme fruste. Sur les vingt-huit cas observés, cinq fois la syphilis a été mise en évidence, soit par le B. W. positif, soit par l'anamnèse et l'examen clinique. Ces cas se rapportent à des sujets cumulant les dystrophies dentaires, crâniennes, osseuses morphologiques, ou viscérales, l'épilepsie confirmée ou le caractère épileptiforme, l'arriération intellectuelle ont été fréquemment signalés. Mais à côté de la syphilis héréditaire, nos observations montrent la fréquence très grande d'intoxications diverses chez les générateurs, de toxoinfection chez la mère pendant la grossesse, des toxoinfections du nourrisson et des signes de carence.

La tuberculose de la mère et l'alcoolisme chronique nous paraissent devoir mériter une mention spéciale. Enfin, nous attirons l'attention sur la présence de la coexistence fréquente des troubles endocriniens chez les individus porteurs de dystrophies dentaires.

En terminant, nous ferons remarquer combien fréquemment, les dystrophies dentaires vont de pair avec l'épilepsie et Magitot pensait que les dystrophies dentaires étaient la conséquence des convulsions. Convulsions et dystrophies dentaires n'ont aucune relation de cause à effet : elles relèvent toutes les deux d'une même cause toxique et infectieuse. Intoxication et infection chez le fœtus et le nourrisson ont une appétance toute particulière pour les tissus d'origine ectodermique : le revêtement de la dent, son émail et le système nerveux ayant la même origine embryologique.

CONCLUSIONS

1° Il résulte de nos observations que les rapports entre les dystrophies dentaires et l'hérédo-syphilis ne sont pas aussi étroits que la plupart des auteurs l'ont affirmé jusqu'à ce jour : il n'existe pas de dystrophies dentaires en tant que signe pathognomonique de l'infection tréponémique héréditaire.

2° Le tubercule de Carabelli et l'écartement des incisives médianes supérieures sont des dystrophies d'étiologie très variée et la syphilis ne tient pas un rôle plus important que les autres intoxications et infections.

3° Les érosions dentaires, la dent en gâteau de miel de Tomes, la dent en bourse de Mozer peuvent relever de l'hérédo-syphilis; mais le B. W. positif est rare, les signes cliniques concommittants et l'anamnèse orientent souvent vers une autre cause que la spécificité.

4° La dent d'Hutchinson, accompagnée des autres signes de la triade, paraît dans nos observations être d'origine hérédo-spécifique.

La dent d'Hutchinson isolée des autres éléments de la triade n'est pas toujours un stigmate hérédo-spécifique. Il faut dans sa genèse, tenir grand compte

de toutes les infections prolongées de la mère durant la grossesse, de l'alcoolisme des générateurs, du rôle au moins adjuvant d'une tuberculose évolutive de la mère pendant la gestation et enfin, des infections atteignant l'enfant au cours des premiers mois de la vie.

Vu

et permis d'imprimer,

LE RECTEUR

de l'Académie de Paris :

CHARLÉTY.

Vu :

Le Président de Thèse :

H. CLAUDE.

Vu :

Le Doyen :

ROUSSY.

BIBLIOGRAPHIE

AMCÉDEO. — *La présence des lésions dans la syphilis congénitale est-elle constante ? La dent d'Hutchinson a-t-elle une valeur pathognomonique ? Recherches histologiques et considérations critiques* (Stomatol., Milan, juil. 1934, in. rev. odontol., déc. 1934).

Article « Dents, in traité d'anatomie », de Poirier et Charpy.

AUDRY. — *Dent d'Hutchinson unilatérale* (Ann. de Dermat. et de Syphil., 1916-1917).

Sur la dent d'Hutchinson, ses associations et sa pathogénie (Ann. de Dermat., sept. 1928, p. 737).

Sur la dent d'Hutchinson : morphologie, association, pathog. (Ann. de Dermat. et Syphil., Mars 1930).

BATUJEFF. — *Carabelli's Hockerchen und andere unbestoendige. Hocker der oberen Mahlzaehne beim Menschen und Affen* (Bulletin de l'Académie impériale des Sciences de Saint-Petersbourg, juin 1896).

CARABELLI (G.). — *Systematisches Handbuch der Zahnkunde*, p. 104-114, tab. XI, fig. 4, tab. XIV, fig. 4 (Wien, 1842, 2 vol.).

BELTRAMI (GÉO.). — *Syphilis dentaire* (Marseille médic., n° 6, 25 fév. 1933).

L'héredo-syphilis dentaire (Répert. médic. prat., n° 93, mars 1934).

Syphilis dentaire (Rev. odontol., juil. 1933, n° 7).

CHOMPRET. — *Dents d'Hutchinson* (Rev. de Stotamol. 1899).

DUBOST. — *Contribution à l'étude du tubercule de Carabelli* (thèse, Paris 1933).

ELMUDESI. — *De l'écartement des incisives médianes supérieures. Dystrophie hérédo-syphilitique* (thèse, Paris 1917).

GINESTET. — *Incisives sup. temporaires dites dents d'Hutchinson* (Soc. de Stomatol, 22 janv. 1929).

GALIPPE. — *A propos de la découverte d'un prétendu stigmate dent. de l'hérédo-syphilis* (Bull. de l'Ac. de Médéc. de Paris, 1917, tome LXXVIII, 3^e série, 82^e année, n^o 43, 6 nov., p. 501 et seq.).

HUTCHINSON. — *Etude clinique sur certaines maladies de l'œil et de l'oreille consécutives à la syphilis héréditaire*, en 1856.

JEANSELME. — *Note sur l'existence du tub. de Carabelli, etc.* (Bull. de l'Ac. de Médéc. de Paris, 1918, 15 janv., 82^e année, tome LXXIX, 3^e série, n^o 2, p. 55-59).

Sur la signification du tub. de Carabelli (La Presse Médicale, Paris 1918, n^o 14, 4 mars).

JUSTER. — *Dystrophie dentaire hérédo-syphilitique* (Presse Médicale, 26 janv. 1927).

KRANZ. — *Le diagnostic de la dent d'Hutchinson* (Deut. Zahn. ws, 27 mars 1920).

KREGENBERG (G.) et W. SCHWISOW. — *Hutchinson's teeths relation to congénital syphilitis* (ztchr. f. d. ges. Neurol. Psychiat., 127-188, 215, 1930).

LAMACHE. — *Le tubercule de Carabelli* (Semaine Dentaire de France, 13 déc. 1931).

Communication faite à l'inauguration de l'Institut stomatologique de Lille en 1935.

LEFEBVRE (H.-J.). — *Contribution à l'étude du tuber. de Carabelli* (thèse, Paris 1920).

LORTAT-JACOB. — *Stigmates dentaires de l'hérédo-syphilis* (La Sem. Méd. Prat., n^o 3, 1-2-34).

MAGITOT. — *Traité des anomalies du système dentaire* (Paris, 1877. p. 19-63, pl. 11, fig. 13).

- MOURICHAUD, BELLY, WEIL. — *Dents d'Hutchinson, surdité survenue à la suite de maladies infectieuses, hérédosyphilis* (Lyon Méd., 13 fév. 1933; in rev. d'Oto-neuro-ophtalmo., n° 8, oct. 1934) — (Soc. Méd. des Hôp. de Lyon, séance du 17 janv. 1933, in. Lyon Méd., 2 avril 1933).
- MOZER et CHENET. — *Les stigmates dent. dans l'hérédosyphilis. De la valeur de la 5^e cuspide* (Presse Médicale, Paris 1917, 20 sept., p. 541).
- MOZER. — *Contribution à l'étude clinique des dystrophies dent. dans l'hérédosyphilis* (thèse, Paris 1921).
- ODIO DE GRANDA. — *Les tubercules surnuméraires des molaires, leurs variétés et leurs significations* (Presse Médicale du 20 août 1927).
- PEISACH RUDMAN. — *Les dystrophies dentaires de la syphilis héréditaire* (La Semaine Dentaire, n° 10, 8 mars 1931, p. 273).
- PHILIP (P.). — *Accidents dentaires de la syphilis congénitale* (Le Sud Médical et Chirurgical, n° 2152, 15 fév. 1934).
- HANS H. REESE. — *Dents d'Hutchinson* (L'Odontologie, n° 2, 28 fév. 1930, p. 109).
- ROLLET. — *Dents d'Hutchinson avant et après leur éruption* (Soc. d'Opht. de Lyon, séance du 10 mars 1931).
- RUPPE. — *Dystrophies dentaires* (Gaz. des Hop., n° 74, 14 sept. 1929).
- SABOUREAUD. — *Sur un signe dentaire de l'hérédosyphilis* (Presse Médicale, n° 17, 22 mars 1917).
- La syphilis héréditaire qu'on ignore* (Presse Médicale, Paris, 7 mai 1917).
- SAINT-CÈZE (Jeanne-Suzanne). — *Dystrophies du bourgeon incisif et syphilis héréditaire* (thèse, Paris 1933).
- THIBAUT (R.-C.). — *Les dystrophies dent. ; leur valeur diagnostique des maladies de l'enfance* (Paris Médical, 6 sept. 1930).
- THIBAUT (P.). — *Les accidents infectieux d'origine dentaire chez les syphilitiques* (thèse, Paris 1935).

VALS. — *Des manifestations de l'héredo-syphilis* (L'Odon-
tol., n° 4, 30 avril 1934).

Des manifestations dentaires de l'héredo-syphilis
(Bruxelles Médic., n° 27, 6 mai 1934).

VAYS. — *Les manifestations dentaires de l'héredo-syphilis*
(Journées médicales belges, 24-28 juin 1933 ; in.
Scalpel, n° 27, 8 juil. 1933, p. 1024).

IMP. PROVINCIALE DE L'OUEST, RENNES
